Deutscher Bundestag **Drucksache 18/6990**
18. Wahlperiode 10.12.2015

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/6788 –

Zum Stand der Einführung digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz; Bundestagsdrucksache 18/5293) soll gewährleisten, dass „bereits jetzt nutzbare elektronische Kommunikationsverfahren schnell Eingang in die Versorgung finden". Zudem würden damit „der Aufbau der Telematikinfrastruktur gefördert und klargestellt, dass die sichere Telematikinfrastruktur zukünftig die zentrale elektronische Infrastruktur im Gesundheitswesen sein wird".

Das technologische Großprojekt elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Aufbau der Telematikinfrastruktur (TI) hat bislang über 1,3 Mrd. Euro verschlungen (eGK-Kosten-Uhr, www.ikkev.de/). Bereits zum 1. Januar 2006 sollten die eGK eingeführt werden und bald danach potentiell nutzbringende Anwendungen der eGK an den Start gehen (§ 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch SGB V). Doch „Pleiten, Pech und Pannen" (vgl. z. B. www.shz.de/schleswig-holstein/politik/peinliche-panne-bei-der-elektronischen-gesundheitskarte-id1037 3731.html) verzögerten die Einführung − die Versicherten haben bis heute keinen zusätzlichen Nutzen von der eGK. Die Komplexität des Vorhabens wurde massiv unterschätzt (www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/elektronische-gesundheitskarte-verzoegerungen-kosten-milliarden-a-9760 14.html). Nach der Durchführung von Praxistests ist keine einzige Anwendung mit dem ursprünglichen Sicherheitskonzept (doppelte PIN-Eingabe durch Versicherte und Leistungserbringer) mehr in der konkreten Planung oder Erprobung. Die Speicherung auf externen Servern (im Sinne einer zusätzlichen Speicherung von Gesundheitsdaten auf anderen als den Rechnern der Leistungserbringerinnen und -erbringer) ist zwar nach wie vor Teil des TI-Konzepts – allerdings gibt es noch immer keinen exakten Fahrplan für diese Anwendungen, kein praxistaugliches Sicherheitskonzept und keinen Zeitplan (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE., Bundestagsdrucksache 18/3235). Auch eine transparente Kosten-Nutzen-Abwägung fehlt weiterhin (ebenda).

Trotzdem soll die eGK mit „Zuckerbrot und Peitsche" (www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/886946/reaktionen-e-health-gesetz-ueberzeugt-noch-nicht.html) voran gebracht werden. Der Entwurf des E-Health-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8. Dezember 2015 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Gesetzes sieht zum einen Sanktionen gegen Gesellschafter der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) vor, wenn gesetzliche Fristen nicht eingehalten werden. Zum anderen werden aber auch diverse zusätzliche Abrechnungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte eröffnet.

In der geplanten Neufassung von § 291a Absatz 5 SGB V sollen Ausnahmen von der Zustimmungspflicht der Versicherten für den einzelnen Zugriff auf ihre Daten eingeführt werden. So soll auf den geplanten Medikationsplan ohne technische Zugriffsautorisierung der/des Versicherten durch Leistungserbringerinnen und -erbringer zugegriffen werden können. Für den automatischen Onlineabgleich von Stammdaten der Versicherten (VSD) sollen unter anderem

- „die Festlegung der übergreifenden Architektur der Telematikinfrastruktur sowie Sicherheits- und Betriebskonzepte für den bundesweiten Wirkbetrieb,
- der Aufbau und Betrieb der zentralen Anteile der Telematikinfrastruktur, soweit sie für den Anwendungsfall benötigt werden,
- die Schaffung der Voraussetzungen für die Anbindung der Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Fachdienste der Krankenkassen an die Telematikinfrastruktur,
- die rechtzeitige Etablierung erforderlicher Zulassungsverfahren für die zentral und dezentral betriebenen Komponenten und Dienste […],
- der erfolgreiche Nachweis der Eignung aller Maßnahmen und Verfahren in realen Versorgungsumgebungen, insbesondere im Hinblick auf Funktionalität, Sicherheit und Praktikabilität“

in Angriff genommen werden. Die Einführung des VSD sei daher auch „von strategischer Bedeutung“ (Gesetzentwurf auf Bundestagsdrucksache 18/5293, S. 27 und 42).

Nach über zehn Jahren Konzeption, Planung und Feldtests und Jahre nach der Einführung der eGK sind also die elementaren Eigenschaften der TI immer noch unklar. Im Rahmen der öffentlichen Sachverständigenanhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 4. November 2015 verglich Dr. Silke Lüder vom Bündnis „Stoppt-die-e-Card“ das Big-Data-Projekt mit einem Flugzeug, das man ohne Ziel und Landebahn gestartet hat.

Nach wie vor stehen die Sicherheitskonzepte nicht und gibt es insbesondere keinen Nachweis, dass das ganze System selbst nur für die einfachste aller geplanten Anwendungen, den VSD, überhaupt funktioniert sowie sicher und praktikabel ist. Kai-Uwe Steffens vom Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung kritisierte in seiner Einlassung im Rahmen der öffentlichen Sachverständigenanhörung des Gesundheitsausschusses am 4. November 2015 die geplante Sicherheitsarchitektur und erklärte solch eine Struktur im Jahr 3 nach Snowden schlicht als nicht mehr zeitgemäß.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen legt den Grundstein für die sichere digitale Vernetzung, die Motor für den medizinischen Fortschritt und damit für den Patientennutzen ist. Das Gesetz enthält einen Fahrplan für die Einführung einer sicheren digitalen Kommunikationsinfrastruktur für das Gesundheitswesen und medizinische Anwendungen. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) sind eng in das Projekt eingebunden. Der BSI-Präsident bezeichnet das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen als „Meilenstein für die IT-Sicherheit im Gesundheitswesen“ (www.bmg.bund.de/presse/

pressemitteilungen/pressemitteilungen-2015-02/e-health-gesetzentwurf-im-kabinett.html).

Die hohen Sicherheitsanforderungen der Telematikinfrastruktur sind weltweit ein Alleinstellungsmerkmal für die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen.

Wichtig ist, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens konkrete Vorteile für die Patientinnen und Patienten bringt. Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen werden die Einführung nutzbringender Anwendungen wie Versichertenstammdatenmanagement, Notfalldaten, Medikationsplan, die elektronische Patientenakte und telemedizinische Anwendungen mit Anreizen und sanktionsbewehrten Fristen beschleunigt.

1. Welche elektronischen Anwendungen im Gesundheitswesen klassifiziert die Bundesregierung als Telematik-Anwendungen?

Ziel der Bundesregierung ist, dass sich die Telematikinfrastruktur als die maßgebliche Infrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen entwickelt und damit auch für alle Anwendungen im Gesundheitswesen, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, offensteht. Die Bundesregierung sieht daher kein Erfordernis für eine Einordnung bzw. Festlegung von elektronischen Anwendungen im Gesundheitswesen als „Telematik-Anwendungen“.

2. Für welche Telematik-Anwendungen ist laut bestehendem oder mit dem E-Health-Gesetz geplanten Recht

   a) nur der Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), nicht aber der Telematikinfrastruktur (TI) erforderlich,

   b) der Einsatz der TI, nicht aber der eGK erforderlich,

   c) der Einsatz der TI und der eGK erforderlich,

   d) weder der Einsatz der eGK noch der TI erforderlich?

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Aufbau der Telematikinfrastruktur sind gesetzlich geregelt. Insoweit wird auf die §§ 291 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verwiesen. Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sollen so schnell wie möglich die erforderlichen Maßnahmen ergriffen werden, damit flächendeckend nutzbringende Anwendungen für eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten eingeführt werden. Für die Anwendungen nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 und Absatz 3 Nummer 1 bis 9 ist die Nutzung der Telematikinfrastruktur und der eGK erforderlich. Für die nicht gesetzlich geregelten Anwendungen gibt es keine zwingenden Vorgaben.

3. Für welche Telematik-Anwendungen ist laut bestehendem oder mit dem E-Health-Gesetz geplanten Recht

   a) eine Datenspeicherung auf der eGK geplant oder gegeben,

   b) eine zusätzliche Speicherung von gesundheitsbezogenen Daten auf anderen als den Rechnern/Servern der Leistungserbringern geplant,

   c) keine zusätzliche Datenspeicherung geplant,

   d) der Ort der Datenspeicherung noch unklar?

Nach den gesetzlichen Regelungen des SGB V ist eine Datenspeicherung auf der eGK hinsichtlich der administrativen Daten des Versicherten und hinsichtlich der Notfalldaten des Versicherten geregelt. Grundsätzlich ist gesetzlich festgelegt,

dass die Speicherung medizinischer Daten nur auf Wunsch des Versicherten und mit dessen ausdrücklicher Zustimmung erfolgen darf.

Der Ort der Datenspeicherung für weitere Anwendungen nach § 291a Absätze 2 und 3 wird von der Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem BSI und der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit festgelegt.

Für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen wird der Ort der Datenspeicherung vom Betreiber festgelegt.

4. Inwiefern kann die Bundesregierung bestätigen, dass gesetzlich vorgesehene Anwendungen, die gemäß der gematik-Spezifikationen eine doppelte PIN-Eingabe durch Versicherte und Leistungserbringer erfordern, mangels praktikablem und sicherem Konzept nicht in der näheren Planung sind?

   a) Wie sehen insbesondere das Konzept und der Zeitplan für das elektronische Rezept aus?

      In welchen Feldtests wurde die Anwendung als sicher, praktikabel und funktional bestätigt?

   b) Wie sehen insbesondere das Konzept und der Zeitplan für die elektronische Patientenakte aus?

      In welchen Feldtests wurde die Anwendung als sicher, praktikabel und funktional bestätigt?

   c) Wie sehen insbesondere das Konzept und der Zeitplan für die Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit aus?

Die Bundesregierung kann nicht bestätigen, dass gesetzlich vorgesehene Anwendungen, bei denen gemäß den gesetzlichen Vorgaben in § 291a SGB V der Einsatz eines elektronischen Heilberufsausweises und der elektronischen Gesundheitskarte vorgesehen sind, nicht in der näheren Planung sind. Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sieht sowohl für die Einführung der elektronischen Patientenakte als auch für die Einführung von Daten des Medikationsplans einschließlich der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit Fristen vor. Die mit der Umsetzung der eGK gesetzlich beauftragten Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitswesen haben beschlossen, die Konzeption des elektronischen Rezepts gegenüber anderen Anwendungen der eGK zunächst zurückzustellen, bis die notwendigen technischen und organisatorischen Basisstrukturen für die sichere Anbindung von Arztpraxen und Apotheken bereitstehen und erste Erfahrungen mit der Verwaltung medizinischer Daten vorliegen. Für alle Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gilt, dass sie erst dann umgesetzt werden, wenn sie ihren Nutzen für die Patientinnen und Patienten, ihre Praxistauglichkeit sowie die Einhaltung des Datenschutzes in Testverfahren eindeutig nachgewiesen haben.

5. Inwiefern gibt es ein beschlossenes, getestetes und umsetzbares Konzept für die Architektur der TI?

Das Architekturkonzept ist eines der elementaren systemspezifischen Konzepte und somit auch eines der ersten erstellten und beschlossenen Dokumente der Telematikinfrastruktur. Die derzeit gültige Version unter dem Dokumentenkürzel gemKPT_Arch_TIP trägt die Versionsnummer 1.

Auf den Internetseiten der Gesellschaft für Telematik unter der Rubrik „Spezifikationen“ sind alle Konzepte und Spezifikationen der Telematikinfrastruktur veröffentlicht (www.gematik.de/cms/de/spezifikation/release_1_5_ors1/konzepte_und_spezifikationen_2/r1_5_konzepte_und_spezifikationen.jsp).

6. Inwiefern gibt es ein beschlossenes, getestetes und umsetzbares Sicherheitskonzept für die TI?

Für die Telematikinfrastruktur besteht ein übergreifendes Sicherheitskonzept, das von der Gesellschaft für Telematik in enger Abstimmung mit dem BSI erstellt wurde. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

7. Gilt die TI nach Ansicht der Bundesregierung als „Kritische Infrastruktur“ im Sinne des § 2 Absatz 1 und 10 des Gesetzes über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (IT-Sicherheitsgesetz), welche weiteren IT-Infrastrukturen im Bereich der Gesundheitsversorgung werden von der Bundesregierung ebenfalls als „Kritische Infrastruktur“ gewertet?

Die konkrete Bestimmung „Kritischer Infrastrukturen“ erfolgt mittels Rechtsverordnung durch das BMI. Die Verabschiedung ist in zwei Körben geplant. Der Sektor Gesundheit wird erst im zweiten Korb geregelt werden. Da die entsprechende Aufarbeitung für diesen Korb erst im Jahr 2016 erfolgt, ist noch keine Abschätzung darüber möglich, ob die Telematikinfrastruktur oder welche weiteren Infrastrukturen aus der Gesundheitsversorgung unter das BSI-Gesetz fallen werden.

In Artikel 3 des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen ist darüber hinaus geregelt, dass die Gesellschaft für Telematik als Betreiber der Telematikinfrastruktur und Betreiber von Diensten der Telematikinfrastruktur von den Vorgaben des BSI-Gesetzes zur Einhaltung von Mindeststandards und zur Meldung von IT-Störungen an das BSI ausgenommen ist. Grund hierfür ist, dass diese Betreiber mit den neu durch das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen in § 291b SGB V eingefügten Regelungen dem BSI-Gesetz gleichwertigen Regelungen unterfallen.

a) Wie viele Unternehmen werden daher voraussichtlich von einer entsprechenden Verordnung nach § 10 Absatz 1 IT-Sicherheitsgesetz erfasst sein?

Für die Folgenabschätzung für das IT-Sicherheitsgesetz wurde eine Anzahl von 2 000 Unternehmen über alle sieben geregelten Sektoren geschätzt. Für die Sektoren aus dem ersten Korb (Energie, Informationstechnik und Kommunikation, Ernährung, Wasser) wird im Rahmen der Verordnungsgebung eine Konkretisierung im Frühjahr 2016 erfolgen können. Einen Überblick über die Verpflichteten über alle Sektoren wird hingegen erst Mitte 2017 vorliegen.

b) Wann ist mit einer entsprechenden Verordnung zu rechnen?

Die Verordnung ist in zwei Körben geplant. Korb 1 mit den Sektoren Energie, Informationstechnik und Kommunikation, Wasser und Ernährung soll im Frühjahr 2016 in Kraft treten. Die verbleibenden drei Sektoren Finanzen, Gesundheit und Verkehr sollen Ende 2016 in Kraft treten.

c) Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Sicherheit, Integrität und Verfügbarkeit der TI und der angeschlossenen IT-Infrastrukturen im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der §§ 7 bis 9 des IT-Sicherheitsgesetzes sind derzeit in welchem Stadium der Vorbereitung oder bereits abgeschlossen?

Auf die Antworten zu den Fragen 7, 7a und 7b wird verwiesen.

8. Welche Voraussetzungen für die Anbindung von Arztpraxen oder anderen Leisungserbringerinnen und -erbringer an die TI fehlen bislang?

Alle für die Anbindung erforderlichen Produkte und Dienste werden derzeit von der Industrie entwickelt und befinden sich in den vorgesehenen Zulassungs- und Zertifizierungsverfahren.

9. Was meint die Bundesregierung mit „zentralen Anteile[n] der Telematikinfrastruktur“ in ihrem Gesetzentwurf (Nummer 10 des Gesetzentwurfs, S. 42, Bundestagsdrucksache 18/5293)?

10. Was ist unter dezentralen und was unter zentralen Komponenten der TI zu verstehen (Nummer 10, § 291, Absatz 2b [neu], Bundestagsdrucksache 18/5293)?

Die Fragen 9 und 10 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Als zentrale Anteile der Telematikinfrastruktur werden diejenigen Komponenten und Dienste verstanden, die als Infrastrukturelemente von allen spezifischen Anwendungen genutzt werden. Beispiele sind Verzeichnis-, Namens- und Zeitdienste sowie Dienste für die Bereitstellung der Public-Key-Infrastruktur. Dezentrale Komponenten der Telematikinfrastruktur werden dagegen bei den Leistungserbringern betrieben. Beispiele dafür sind Kartenlesegeräte und Konnektoren. Weitere Details sind dem veröffentlichten Architekturkonzept zu entnehmen (siehe Antwort zu Frage 5).

11. Wann sollen nach Kenntnis der Bundesregierung erste Teile der TI in Betrieb genommen werden und welche Teile werden das sein?

Nach den aktuellen Plänen der gematik wird der Start der Flächentests des Versichertenstammdatendienstes im zweiten Quartal 2016 beginnen. Der Start erfolgt zunächst in der Region Nord-West und anschließend im dritten Quartal in der Region Süd-Ost. Mit dem Start des Flächentests werden erste Teile der Telematikinfrastruktur in Betrieb genommen.

12. Für welche der konkreten Anwendungen, die mit dem E-Health-Gesetz forciert werden sollen, ist eine PIN-Eingabe durch Versicherte erforderlich?

Inwiefern stimmt die Bundesregierung zu, dass beim Medikationsplan bereits eine erste Ausnahme von der PIN-Pflicht eingeführt werden soll?

Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen werden die Anwendungen Versichertenstammdatendienst, Notfalldaten und Medikationsplan als sanktionsbewehrte Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte forciert.

Für die Anwendung Versichertenstammdatendienst ist keine PIN-Eingabe erforderlich. Beim Medikationsplan ist die PIN-Eingabe des Versicherten grundsätzlich vorgesehen. Der Versicherte kann hier allerdings entscheiden, ob er die Bereitstellung der Daten des Medikationsplans in elektronischer Form ohne eigene PIN-Eingabe nutzen möchte. Hier erhält er die Möglichkeit, die PIN-Eingabe bei der Nutzung der Anwendung zu deaktivieren.

Der Zugriff auf Notfalldaten benötigt situationsbedingt keine PIN-Eingabe des Versicherten. Hat der Versicherte die PIN-Eingabe aktiviert, wird er beim Schreiben der Notfalldaten durch einen Arzt aufgefordert, die PIN einzugeben. Darüber hinaus ist für einen Zugriff auf medizinische Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte der Einsatz eines Heilberufsausweises immer Voraussetzung.

13. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Verschiebungen von geplanten Feldtests, und welche Auswirkungen hat dies auf die im E-Health-Gesetz genannten Fristen (www.shz.de/schleswig-holstein/politik/peinliche-panne-bei-der-elektronischen-gesundheitskarte-id10373731.html)?

Nach derzeitigem Planungsstand soll im ersten Halbjahr 2016 die Erprobung gestartet werden. Auf die im Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen genannten Fristen hat dies keine Auswirkungen. Auf die Antwort zu Frage 11 wird verwiesen.

14. Inwiefern kann die TI auch für Privatversicherte genutzt werden (bitte gegebenenfalls mögliche Anwendungen auflisten)?

Grundsätzlich kann die Telematikinfrastruktur für Privatversicherte genutzt werden. Zurzeit sind hier keine Anwendungen festgelegt.

15. Inwiefern wurden und werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen am Aufbau der TI beteiligt?

Bis zum Ende des Jahres 2012 war der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. Danach ist er auf eigenen Wunsch ausgeschieden.

16. Inwiefern ist geplant, Nutzungsentgelte für IT-Unternehmen, Leistungserbringerinnen und -erbringer, Versicherungsunternehmen oder andere zu erheben, die nicht an den Kosten für den Aufbau der TI beteiligt wurden?

Im Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen ist in § 291b Absatz 1d Satz 4 SGB V vorgesehen, dass die Gesellschaft für Telematik für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3, die nicht im SGB V oder im Elften Buch Sozialgesetzbuch geregelt sind, Entgelte verlangen kann.

17. Inwiefern ist die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) als Unternehmen anzusehen, und inwiefern arbeitet sie gewinnorientiert?

Im Jahr 2005 wurden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene (durch

das Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen) beauftragt, die für die Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur) zu schaffen und diese Aufgabe durch die Gesellschaft für Telematik nach Maßgabe des § 291b SGB V wahrzunehmen. Infolgedessen wurde die Gesellschaft für Telematik in der Rechtsform einer GmbH gegründet. Die Gesellschaft für Telematik trifft nach § 291a Absatz 7 Satz 2 SGB V die Regelungen zur Telematikinfrastruktur und übernimmt deren Aufbau und Betrieb. Damit nimmt die Gesellschaft für Telematik eine öffentliche Aufgabe wahr und ist Teil der mittelbaren Staatsverwaltung und unterliegt so besonderen öffentlich-rechtlichen Bindungen.

Der Gesellschaftszweck der Gesellschaft für Telematik wird ausschließlich durch die Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben verwirklicht und ist bislang nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet. Soweit die Gesellschaft für Telematik im Rahmen der Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben Entgelte erheben möchte, bedarf es dazu einer Ermächtigungsgrundlage. Derzeit ist die Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1c SGB V im Rahmen der Erteilung von Zulassungen berechtigt, Entgelte zu verlangen und hat dazu (mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit – BMG) einen Entgeltkatalog festgelegt und auf ihrer Internetseite veröffentlicht. Die erhobenen Entgelte sind nach dem durchschnittlichen Aufwand der Gesellschaft für Telematik in den Zulassungsverfahren bemessen worden.

18. Inwiefern übernimmt die gematik hoheitliche Aufgaben?

19. Inwiefern wurde die gematik öffentlich beliehen (bitte Rechtsgrundlage nennen)?

Die Fragen 18 und 19 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aus den von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b SGB V durchzuführenden Aufgaben ergibt sich, dass die Gesellschaft für Telematik im Bereich der Zulassungen hoheitliche Aufgaben wahrnimmt.

20. Wer darf in Deutschland Gebühren erheben und wer nicht?

Eine Gebühr im Sinne des Abgabenrechts ist eine öffentlich-rechtliche Geldleistung, die aus Anlass individuell zurechenbarer, öffentlicher Leistungen dem Gebührenschuldner (durch eine öffentlich-rechtliche Norm oder sonstige hoheitliche Maßnahme) einseitig auferlegt wird und dazu bestimmt ist, in Anknüpfung an diese Leistung deren Kosten im Sinne des im Gebührenrechts geltenden Kostendeckungsprinzips zu decken. Gebühren in diesem Sinne können daher nur von Behörden erhoben werden, die die individuell zurechenbare öffentliche Leistung erbringt oder von einem Beliehenen erhoben werden, wenn die individuell zurechenbare öffentliche Leistung von diesem erbracht wird. Die Gebührenerhebung bedarf grundsätzlich einer gesetzlichen Grundlage.

21. Inwiefern darf die gematik als GmbH Gebühren erheben?

Die Gesellschaft für Telematik darf in ihrer Funktion als Beliehene insoweit Gebühren und Auslagen erheben, als dies in einem Gesetz bestimmt ist und sie öffentliche Aufgaben wahrnimmt und somit als Behörde tätig wird. Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sieht

vor, in § 291b Absatz 1d Satz 1 SGB V die Gesellschaft für Telematik zu ermächtigen, für bestimmte Zulassungen und Bestätigungen Gebühren und Auslagen zu erheben. Bei diesen Zulassungen und Bestätigungen erbringt die Gesellschaft für Telematik individuell zurechenbare öffentliche Leistungen im Sinne des Gebührenrechts. Die Ausgestaltung der Gebührenerhebung im Einzelnen bestimmt dann das BMG in Form einer Rechtsverordnung.

22. Inwiefern ist geplant, die gematik zur Erhebung von Gebühren zu ermächtigen, und inwiefern ist dies heute bereits der Fall?

Wie bereits dargelegt, kann die Gesellschaft für Telematik dort, wo sie individuell zurechenbare öffentliche Leistungen erbringt, Gebühren und Auslagen vom Gebührenschuldner erheben.

Nach § 291b Absatz 1d Satz 1 SGB V des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen soll die Gesellschaft für Telematik für bestimmte Zulassungen und Bestätigungen Gebühren und Auslagen erheben können. Nach der bisherigen gesetzlichen Regelung konnte die Gesellschaft für Telematik im Bereich der Zulassung lediglich Entgelte erheben.

23. Inwiefern ist es rechtlich möglich, einen Gesellschafter einer GmbH allein für die Tätigkeit der GmbH haftbar zu machen?

Inwiefern spielen dafür interne Arbeitsaufteilungen eine Rolle?

Die Frage der Haftung wird im Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen nicht aufgeworfen. Es gelten die allgemeinen Bestimmungen nach dem GmbH-Gesetz. Danach ist eine persönliche Haftung der Gesellschafter, unabhängig von der internen Arbeitsaufteilung, grundsätzlich ausgeschlossen, § 13 Absatz 2 GmbH-Gesetz.

Sanktionen in Form von Haushaltskürzungen betreffen juristische Personen des öffentlichen Rechts als Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung und sind zulässig.

24. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass die Router für die TI, die sogenannten Konnektoren, ca. 2 000 Euro kosten sollen?

a) Wenn ja, warum kosten diese TI-Router das 10-fache von normalen Sicherheitsroutern?

b) Inwiefern werden hier nach Ansicht der Bundesregierung Versichertengelder für die Industrieförderung missbraucht?

Die Bundesregierung kann dies nicht bestätigen.

25. Wer soll nach Ansicht der Bundesregierung die Medikation beim geplanten Medikationsmanagement gemäß Entwurf des E-Health-Gesetzes analysieren, und was beinhaltet diese Analyse?

Inwiefern ist insbesondere intendiert und gesichert, dass

a) die Reichweite der Arzneimittelverordnung überprüft wird,

b) Arzneimittel-Interaktionen (Wechselwirkungen) überprüft werden,

c) der Medikationsplan durch andere als die verordnenden Ärztinnen und Ärzte fachlich auf Verordnungsfehler oder Unstimmigkeiten überprüft wird,

d) diejenigen, welche die vorgenannten Aufgaben übernehmen, dafür entlohnt werden,

e) bei der Prüfung die Selbstmedikation einbezogen wird,

f) Medikationsdaten aus anderen Arztpraxen, einem ambulant behandelnden Krankenhaus oder einer Apotheke, die nach Patientenwunsch einbezogen werden sollen, auch tatsächlich übermittelt werden?

Ein gutes Medikationsmanagement setzt voraus, dass die am Medikationsprozess des Versicherten beteiligten Ärzte und Apotheker sowie insbesondere auch der Versicherte selbst über die aktuelle Arzneimitteltherapie und die hierzu zu berücksichtigenden Anwendungshinweise informiert sind.

Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen soll daher ein Anspruch für Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans sowie dessen Aktualisierung gegenüber dem behandelnden Arzt geschaffen werden. Dieser ist als erster mit dem Patienten befasst und legt unter Berücksichtigung der ihm vorliegenden medizinischen Befunde die im Medikationsplan zu dokumentierenden Inhalte im Rahmen seiner Therapie und Verordnungstätigkeit ohnehin fest. Hierzu gehört gemäß den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auch die Erfassung der bisherigen Medikation des Versicherten im Hinblick auf Verordnungen durch andere Ärzte sowie im Hinblick auf die Selbstmedikation des Versicherten.

Aktualisierungen und Ergänzungen zum Medikationsplan können, soweit Veranlassung dazu besteht, auch von anderen mit- und weiterbehandelnden Ärzten und auch in Krankenhäusern vorgenommen werden. Darüber hinaus sieht der Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages vor, dass – sofern sich die Angaben im Medikationsplan bei Ausgabe von Arzneimitteln in der Apotheke ändern bzw. Ergänzungen im Medikationsplan erforderlich machen – künftig auch Apotheker verpflichtet werden, den Medikationsplan auf Wunsch des Versicherten – z. B. hinsichtlich der in der Apotheke erworbenen Selbstmedikation – zu aktualisieren.

Die Prüfung der Reichweite einer Arzneimittelverordnung und möglicher Arzneimittelinteraktionen sowie die Identifikation möglicher Risiken der bisherigen Arzneimitteltherapie erfolgt – wie bisher – sowohl im Rahmen der ärztlichen Therapie und Verordnungstätigkeit des behandelnden Arztes als auch beim Arzneimittel abgebenden Apotheker.

Der Medikationsplan stellt eine gute Grundlage dar, um diese Prozesse beim Arzt und in der Apotheke zu unterstützen und durch Vereinfachung der Arzneimittelanamnese zur Vermeidung von Arzneimittelrisiken beizutragen.

26. In welcher Beziehung steht der mit dem E-Health-Gesetz einzuführende Medikationsplan und die gesetzlich vorgeschriebene Anwendung der Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit zueinander?

a) Inwiefern wurden diese verwandten Anwendungen funktional zusammen konzipiert?

b) Inwiefern ist geplant und gewährleistet, dass die beiden Telematik-Anwendungen miteinander korrespondieren?

Im Rahmen der fachlichen Arbeiten zu der Anwendung „Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit“ der Gesellschaft für Telematik hat sich gezeigt, dass die hierfür erforderlichen Daten weitestgehend mit denjenigen Vorgaben übereinstimmen, welche durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und andere Beteiligte im Rahmen des Aktionsplans des BMG

zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit für einen Medikationsplan erarbeitet wurden und die gemäß dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen bei der Vereinbarung über Inhalt und Struktur des Medikationsplans berücksichtigt werden sollen. Deshalb hat die Gesellschaft für Telematik beschlossen, den elektronischen Medikationsplan nicht als eigene Anwendung, sondern als Vorstufe der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu entwickeln. Um diese fachliche Vorgehensweise zu unterstützen und eine redundante Datenhaltung zu vermeiden, sieht der Gesetzesbeschluss vor, dass beide Bereiche auch gesetzlich als einheitliche Anwendung geregelt werden sollen. Diese beinhaltet sowohl die Daten des Medikationsplans als auch die Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

27. Inwiefern hält es die Bundesregierung für wünschenswert, dass beim Medikationsplan das tatsächlich eingenommene Präparat und nicht nur der Wirkstoff dokumentiert wird?

   a) Inwiefern kann die Ärztin bzw. der Arzt, welche/r das Medikationsmanagement pflegt, wissen, ob die Apotheke ein verordnetes Präparat ausgetauscht hat?

   b) Wie soll nach Ansicht der Bundesregierung gewährleistet werden, dass die tatsächlich angewendeten Arzneimittel dokumentiert werden?

   c) Inwiefern sind etwa orale Arzneimittel mit besonderer Wirkstofffreisetzung (beispielsweise Retardtabletten) untereinander austauschbar, und inwiefern kann nach Kenntnis der Bundesregierung die konkrete Wirkstofffreifreisetzung für den Medikationsplan relevant sein?

Die Festlegung der Inhalte und der Struktur des Medikationsplans und einer Verfahrensweise zu dessen Aktualisierung obliegt gemäß § 31a Absatz 4 SGB V des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen den hierzu vorgesehenen Vereinbarungspartnern der fachlich betroffenen Leistungserbringerorganisationen im Gesundheitswesen. Dies umfasst auch die Vereinbarung einer Verfahrensweise zur Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen zur vorrangigen Abgabe von Arzneimitteln durch den Apotheker.

Die AkdÄ und andere Beteiligte haben im Rahmen des Aktionsplans des BMG zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit Vorgaben für einen Medikationsplan erarbeitet, die nach dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen bei der oben genannten Vereinbarung zu berücksichtigen sind. Diese sehen sowohl die Dokumentation der Wirkstoffbezeichnung als auch die Dokumentation des Fertigarzneimittelnamens (Handelsnamen) vor. Die Aufzeichnung des Handelsnamens ist sachgerecht, da viele Patienten sich daran orientieren, insbesondere dann, wenn der Wirkstoffname lang ist. Andererseits stellt eine Wirkstoffbezeichnung im Fall eines Austauschs des Fertigarzneimittels aufgrund von Rabattverträgen für den Patienten eine wiedererkennbare Konstante dar.

Darüber hinaus sieht das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen in § 73 Absatz 8 Satz 7 SGB V eine Verpflichtung für Vertragsärzte vor, für die Verordnung von Arzneimitteln künftig nur solche elektronischen Systeme zu nutzen, die die Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen nach dem jeweils aktuellen Stand berücksichtigen, sodass künftig ein Austausch eines Fertigarzneimittels aufgrund von Rabattverträgen in der Apotheke nicht mehr erforderlich sein sollte.

Zudem sieht der Gesetzesbeschluss über das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen vor, dass – sofern sich die Angaben im Medikationsplan bei Ausgabe von Arzneimitteln in der Apotheke ändern bzw. Ergänzungen im Medikationsplan erforderlich machen – künftig auch Apotheker verpflichtet werden, den Medikationsplan auf Wunsch des Versicherten zu aktualisieren. Mit diesen Maßnahmen wird sichergestellt, dass die tatsächlich angewendeten Arzneimittel im jeweils aktuellen Medikationsplan dokumentiert sind.

28. Für wann ist mit der Verfügbarkeit sicherer elektronischer Übermittlungsmöglichkeiten für Daten des Medikationsplans zu rechnen?

Wann werden auch etwa Apotheken diese Möglichkeit besitzen?

Der Gesetzesbeschluss über das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen verpflichtet in § 291b Absatz 1 Satz 10 SGB V die Gesellschaft für Telematik, bis zum 31. Dezember 2017 die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit Daten des Medikationsplans in elektronischer Form mittels der elektronischen Gesundheitskarte genutzt werden können.

Gleichzeitig werden den jeweiligen Vertragspartnern im Gesetzesbeschluss gemäß § 291a Absatz 7b Satz 4 SGB V auch gesetzliche Fristen zur Vereinbarung der Telematikzuschläge für den vertragsärztlichen Bereich sowie für Apotheker im Hinblick auf eine Nutzung von Daten des Medikationsplans in elektronischer Form mittels der elektronischen Gesundheitskarte mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 gesetzt.

29. Warum soll die Einführung eines Medikationsplans auf Papier, ausgerechnet durch das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ geregelt werden?

Der Medikationsplan soll dem Versicherten eine zusammenfassende Information über die von ihm aktuell eingesetzten Arzneimittel bereitstellen und ihm Hinweise für deren richtige Anwendung geben. Gleichzeitig soll der Medikationsplan eine bessere Information der am Medikationsprozess beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Apotheker, ggf. ambulante Pflegedienste) ermöglichen.

Um eine einfache Handhabung des Medikationsplans für den Versicherten bzw. den ihn betreuenden Angehörigen oder die betreuende Pflegekraft zu gewährleisten, ist der Medikationsplan dem Versicherten als Papierausdruck auszuhändigen.

Für eine breite Nutzung des Medikationsplans ist es unverzichtbar, ein praktikables Verfahren zu seiner Aktualisierung durch einen Arzt oder Apotheker anzubieten. Dazu soll der Medikationsplan in weiteren Umsetzungsstufen, sobald die Telematikinfrastruktur hierfür genutzt werden kann, neben der Papierform auch in elektronischer Form mit der Gesundheitskarte bereitgestellt werden. Die im Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen zur Festlegung der Inhalte und der Struktur des Medikationsplans zu treffende Vereinbarung umfasst daher insbesondere auch Vorgaben, die eine einheitliche elektronische Nutzung der Daten des Medikationsplans in den von Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen und in den elektronischen Programmen der Apotheken berücksichtigen.

Mit der stufenweisen Einführung des Medikationsplans können sofort Verbesserungen der Arzneimitteltherapiesicherheit erzielt werden. Gleichzeitig erhalten

Anbieter sowie Anwender informationstechnischer Systeme in Praxen, Krankenhäusern und Apotheken die Möglichkeit, ihre lokal genutzten Systeme rechtzeitig auf eine einrichtungsübergreifend einheitliche Bereitstellung von Medikationsdaten in elektronischer Form mittels der elektronischen Gesundheitskarte umzustellen.

30. Von wem soll die Aktualisierung der Daten des Medikationsplans nach Kenntnis der Bundesregierung durchgeführt werden können?

    Inwiefern ist geplant, dass die Versicherten diese später selbst aktualisieren können?

Der Medikationsplan ist dem anspruchsberechtigten Versicherten in Papierform auszuhändigen. Dabei steht es dem Versicherten frei, Ergänzungen und Anpassungen auf seinem Medikationsplan vorzunehmen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 25 verwiesen.

31. Wer haftet für die Richtigkeit und Aktualität des Medikationsplans, wenn aufgrund fehlerhafter Daten etwa Arzneimittel falsch angewendet oder verordnet werden?

Die Haftung für eine mögliche fehlerhafte Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans richtet sich nach den allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften.

32. Warum sollen Patientenvertreterinnen und -vertreter nicht über die Ausgestaltung des Medikationsmanagements mitentscheiden sondern nur Stellung beziehen dürfen?

Die Einführung eines standardisierten Medikationsplans, der Versicherten in Papierform ausgehändigt wird, geht auf eine Forderung im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit zurück, der vom BMG in Zusammenarbeit mit der AkdÄ/Bundesärztekammer und anderen Beteiligten im Jahre 2007 ins Leben gerufen wurde und an dessen Entwicklung und Fortschreibung insbesondere auch Patientenorganisationen beteiligt waren und es auch weiterhin sind. Auch bei der Erarbeitung des Medikationsplans selbst waren Patientenvertreter beteiligt.

Die so im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit erarbeiteten Vorgaben für einen Medikationsplan sind nach dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen bei der gesetzlich vorgesehenen Vereinbarung zur näheren Ausgestaltung des Medikationsplans zu berücksichtigen.

Insofern ist eine interessensgerechte Einbeziehung bei der Ausgestaltung des Medikationsplans bereits gewährleistet.

33. Welche Ansätze und Erfahrungen aus dem Modellprojekt ARMIN (www.abda.de/themen/positionen-und-initiativen/armin/) sind in die Konzeption des Medikationsplans eingeflossen oder sollen einfließen?

    Welche Erfahrungen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bei der stärkeren Einbeziehung der Apotheken in das Medikationsmanagement, als es das E-Health-Gesetz jetzt vorsieht, gemacht?

Im noch nicht abgeschlossenen Modellprojekt ARMIN soll nach Informationen der Projektbeteiligten der im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit entwickelte Medikationsplan eingesetzt werden, der auch bei der im Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen vorgesehenen Vereinbarung zugrunde gelegt werden soll.

Beim Modellprojekt ARMIN wird eine geregelte Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker im Medikationsmanagement erprobt. Eine interdisziplinäre Kommunikation zwischen Apothekern und Ärzten kann wesentlich zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit beitragen.

Im Übrigen liegen die Schwerpunkte beim Modellprojekt ARMIN insbesondere auf der stufenweisen Erprobung der ärztlichen Wirkstoffverordnung, einem Medikationskatalog, der für bestimmte versorgungsrelevante Indikationen Empfehlungen zu zugelassenen Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen enthält sowie dem Medikationsmanagement von multimorbiden Patienten, die an bestimmten chronischen Erkrankungen leiden.

Sofern im Modellprojekt ARMIN z. B. im Hinblick auf die Wirkstoffverordnung Erkenntnisse gewonnen werden, die in Bezug auf die mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen vorgesehene Einführung eines einheitlichen Medikationsplans relevant sein können, besteht die Möglichkeit der Berücksichtigung dieser Informationen bei der weiteren Fortschreibung des Medikationsplans, zumal die im Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen beauftragten Vereinbarungspartner zur Festlegung von Inhalt und Struktur des Medikationsplans auch als Leistungserbringerorganisationen am Modellprojekt ARMIN beteiligt sind.

34. Welche Anreize sind für Ärztinnen und Ärzte, die selbst das Medikationsmanagement nicht durchführen sowie für Apotheken für die Übermittlung von relevanten Daten (Arzneimittelverordnungen, Selbstmedikationskäufe, Arzneimittelsubstitutionen etc.) geplant?

35. Inwiefern geht die Bundesregierung davon aus, dass vor dem Hintergrund dieser Anreizstrukturen die Übermittlung der Daten an die entsprechende (Haus-)Arztpraxis zuverlässig erfolgen wird?

Die Fragen 34 und 35 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr Bewertungsverhältnis zueinander wird im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bewertungsausschuss bestimmt.

Zur Frage der bei Abgabe eines Arzneimittels in der Apotheke (z. B. Selbstmedikationskäufe, Arzneimittelsubstitutionen) insoweit erforderlichen Ergänzungen und Aktualisierungen im Medikationsplan wird auf die Antworten zu den Fragen 25 und 27 verwiesen.

36. Wo sollen später die Daten des geplanten elektronischen Medikationsmanagements gespeichert werden, wenn per eGK zugegriffen werden kann?

Die Festlegung des Speicherorts von Daten des Medikationsplans in elektronischer Form, die mittels der elektronischen Gesundheitskarte bereitgestellt werden sollen, obliegt der Gesellschaft für Telematik.

37. Inwiefern ist die telemedizinische Begutachtung von Röntgenaufnahmen nur in der GKV geplant, und welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über derartige Anwendungen etwa in der Versorgung von Privatversicherten, im Rahmen von Selbstzahlerleistungen oder bei Menschen, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz versorgt werden?

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sieht einen Auftrag an den Bewertungsausschuss zur telemedizinisch-konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen vor. Es handelt sich somit um eine Leistung im Geltungsbereich des SGB V der Bestimmungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Bundesregierung hat keine Erkenntnisse zu derartigen Anwendungen in der Versorgung von Privatversicherten, von Selbstzahlern oder bei der Versorgung von Menschen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes.

38. Welche Regionen in Deutschland sind nach Kenntnis der Bundesregierung medizinisch unterversorgt vor dem Hintergrund, dass die telemedizinische Begutachtung von Röntgenaufnahmen laut Gesetzentwurf für die „Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in unterversorgten Regionen“ gedacht ist?

39. Inwiefern sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass telemedizinische Anwendungen letztlich dazu beitragen könnten, den Anspruch, eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen, zu relativieren?

Die Fragen 38 und 39 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Deutsche Bundestag hat am 11. Juni 2015 das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beschlossen. Das Gesetz zielt darauf ab, auch in Zukunft eine gut erreichbare, flächendeckende medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten in allen Regionen Deutschlands auf hohem Niveau sicherzustellen. Aufbauend auf den Regelungen des seit Januar 2012 geltenden GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) eröffnet es flexible Möglichkeiten, um im Hinblick auf regionale Gegebenheiten die gesundheitliche Versorgung zu steuern.

Ein Bündel von Maßnahmen auf verschiedenen Planungs- und Verantwortungsebenen soll dafür sorgen, dass weiterhin überall, in Stadt und Land, genügend Ärztinnen und Ärzte für eine hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen und eine gezielte Weiterentwicklung der Versorgung erfolgt.

Eine Weiterentwicklung der Versorgung wird auch mit dem vorliegenden Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen aufgegriffen, so sollen neben der telemedizinisch-konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen auch weitere bestimmte telemedizinische Anwendungen flächendeckend, unabhängig vom Wohnort und somit auch unabhängig vom Vorliegen einer möglichen Unterversorgung eingeführt werden. Durch tele-

medizinische Leistungen steht eine weitere Möglichkeit zur Verfügung, die Versorgung bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, insbesondere überall dort, wo zum Teil vergleichsweise größere räumliche Distanzen zu überwinden sind. Telemedizinische Anwendungen können den Arzt-Patienten-Kontakt vor Ort unterstützen, sofern der Versicherte dies wünscht.

40. Inwiefern ist die TI Voraussetzung für die geplante konsiliarische Begutachtung von Röntgenaufnahmen?

Gemäß der Regelung im Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen ist die Telematikinfrastruktur nicht Voraussetzung für die geplante konsiliarische Begutachtung von Röntgenaufnahmen.

41. Aus welchem Grund soll der Zusatz in § 291 Absatz 1 Nummer 7 [alt] SGB V gestrichen werden?

§ 291 Absatz 1 enthält keine Nummer 7.

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333